



NOMBRE:
FECHA DE NACIMIENTO:
REGISTRO MEDICO #:
FECHA:

EQUIPO DE CUIDADO MÉDICO INTERDISCIPLINARIO

AGENCIAS RESPONSABLES	PODER NOTARIAL LEGAL O TUTELAR	CENTRO MEDICO PRINCIPAL
NOMBRE:	NOMBRE:	NOMBRE:
NOMBRE:	TELÉFONO:	MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA / ENFERMERA ESPECIALISTA
		NOMBRE:
COORDINADOR DE CASO DEL CENTRO REGIONAL	PACIENTE	CONTACTO PRINCIPAL:
NOMBRE:	NOMBRE:	TELÉFONO:
TELÉFONO:		ENFERMERA
CONSEJERO DE REHABILITACIÓN Y/O EDUCACIÓN VOCACIONAL		NOMBRE:
NOMBRE:	DEFENSOR DE SALUD	CONTACTO PRINCIPAL:
TELÉFONO:	NOMBRE:	TELÉFONO:
AGENCIA:	TELÉFONO:	MÉDICO DE SALUD MENTAL
COORDINADOR DE PROGRAMA DEL DÍA	DEFENSOR ALTERNATIVO	NOMBRE:
NOMBRE:	NOMBRE:	TELÉFONO:
TELÉFONO:	TELÉFONO:	FARMACÉUTICO(A)
AGENCIA:		NOMBRE:
OTROS COORDINADORES DEL CASO	HOGAR COMUNITARIO PRINCIPAL, CUIDADOR RESIDENCIAL O FAMILIAR	TELÉFONO:
NOMBRE:	NOMBRE:	DENTISTA
TELÉFONO:	TELÉFONO:	NOMBRE:
AGENCIA:		CONTACTO PRINCIPAL:
NOMBRE:	CUIDADOR(ES) PRINCIPAL(ES)	TELÉFONO:
TELÉFONO:	NOMBRE:	PROVEEDORES DE EQUIPO MÉDICO DURADERO
AGENCIA:	TELÉFONO:	NOMBRE:
NOMBRE:	NOMBRE:	TELÉFONO:
TELÉFONO:	TELÉFONO:	NOMBRE:
AGENCIA:		TELÉFONO:

IHCT CHART